



Fascitis necrotizante tras fractura abierta de tibia

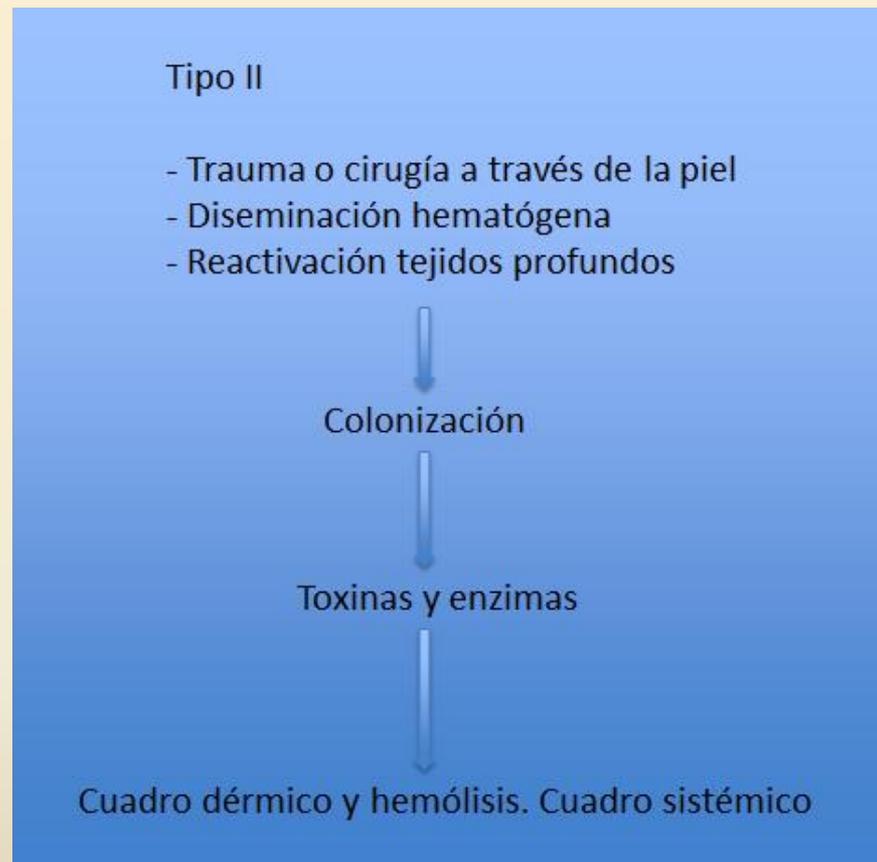
Valverde Sarabia, R., García Porcel, P.A., Pérez García,
A., De Las Heras Romero, J., Hernández Torralba, M.,
Moreno Sánchez, J.F.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante es una infección infrecuente de tejidos blandos, con importante afectación de tejido celular subcutáneo o fascia superficial que puede extenderse a piel, fascia profunda o músculo, con síntomas sistémicos graves, atribuido en gran medida a *Streptococo pyogenes*

El proceso infeccioso consiste en un trauma o cirugía a través de la piel, lo que provoca diseminación hematológica, reactivación en tejidos profundos, colonización, producción de toxinas y enzimas, provocando manifestaciones dérmicas y hemólisis. La afectación más común se produce en extremidades.



(Fig 1) Esquema de etiopatogenia y evolución fascitis necrotizante

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 45 años con fractura abierta de tibia grado II de Gustillo tras atropello. Se realiza lavado de herida, cierre con estabilización mediante férula suropédica, y antibioterapia intravenosa. Se decide demorar el tratamiento definitivo una semana.



(Fig 4 y 5) Aspecto al 2º día tras traumatismo



Fig 3 y 4, Rx inicial, Fr abierta Gustillo II tibia y perone

Al segundo día del ingreso el paciente desarrolla importantes flictenas hemorrágicas con despegamiento del tejido subcutáneo, y zonas de anestesia en pierna distal que evolucionan a gran velocidad. La importante necrosis del tejido celular subcutáneo permite la tunelización del mismo. Se decide cirugía precoz, con desbridamiento y exéresis de todas las áreas necróticas, colocación de fijador externo y sistema V.A.C.

Fascitis necrotizante tras fractura abierta de tibia

Valverde Sarabia, R., García Porcel, P.A., Pérez García, A., De Las Heras Romero, J., Hernández Torralba, M., Moreno Sánchez, J.F.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

La afectación de tejido llega hasta la fascia, permitiendo la tunelización de los mismos con una importante necrosis del tejido celular subcutáneo.



(Fig 6 y 7) imágenes intraoperatorias, observamos afectación externa y tunelización de tejidos

Se decide tratamiento quirúrgico precoz con desbridamiento de las zonas afectadas y exéresis de todas las áreas necróticas. Tratamiento antibiótico intensivo. Ingreso en UCI y vigilancia clínica sistémica.

Fascitis necrotizante tras fractura abierta de tibia

Valverde Sarabia, R., García Porcel, P.A., Pérez García, A., De Las Heras Romero, J., Hernández Torralba, M., Moreno Sánchez, J.F.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

RESULTADOS

Tras correcta evolución de las partes blandas, se decide enclavado intramedular. Las muestras anatomopatológicas y microbiológicas no mostraron resultados concluyentes. Por tanto, nos encontramos ante una duda diagnóstica: Fascitis Necrotizante abortada por el rápido tratamiento implantado versus lesiones de partes blandas tras el atropello. Actualmente el paciente ha evolucionado bien clínicamente.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de la fascitis necrotizante es primariamente clínico y microbiológico.

El aspecto hemorrágico de las flictenas y lesiones sugiere esta patología.

Deben enviarse muestras histopatológicas intraoperatorias; la biopsia por congelación permite el diagnóstico de certeza.

La clave es un diagnóstico y tratamiento precoz.

El tratamiento debe ser agresivo, con desbridamiento quirúrgico precoz, antibióticos empíricos que cubran aerobios y anaerobios, así como soporte hemodinámico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Begoña AA, Von Wichmann MA, Arruabarrena I, Rodríguez FJ, Izquierdo JM y Rodríguez F. Fascitis Necrosante por *S. pyogenes* en dos pacientes sanos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002, 20(4): 173-175.